



ISSSTE



PEMEX

SEDENA

Secretaría de la Defensa Nacional



SEMAR

Secretaría de Marina



SNDIF

Sistema Nacional DIF



INPI

Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas



## Estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral

### DATOS GENERALES

Nombre de la unidad:												
Fecha de notificación en plataforma:				dd/mm/aaaa			Folio plataforma:					
Apellido Paterno:				Apellido Materno:				Nombre (s):				
Fecha de Nacimiento:	Día:		Mes:		Año:		CURP:					
Sexo:	Hombre:		¿Está embarazada?	Si	No	Meses de embarazo:		Se encuentra en periodo de puerperio	Si	No	Días de puerperio	
Nacionalidad:	Mexicana:		Extranjera:		¿Es migrante?	Si	No	País de nacionalidad:		País de origen:		
Países en tránsito en los últimos tres meses:	1		2		3		Otro:		Fecha de ingreso a México:			
País de nacimiento:				Entidad federativa de nacimiento:								
Entidad de Residencia:				Municipio de residencia:								
Localidad:												
Calle:								Número:				
Entre qué calles:					y							
Colonia:				C:P:			Teléfono:					
¿Se reconoce cómo indígena?	Si	No	¿Habla alguna lengua indígena?	Si	No							
Ocupación:												
¿Pertenece a alguna institución educativa?												

### DATOS CLÍNICOS

Servicio de ingreso:			Tipo de paciente:	1=Ambulatorio		2=Hospitalizado		
Fecha de ingreso a la unidad:			dd/mm/aaaa	Fecha de inicio de síntomas:			dd/mm/aaaa	
A partir de la fecha de inicio de síntomas:								
¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes signos y síntomas?	Si	No	Co-morbilidad	Si	No			
Inicio súbito de los síntomas			Diabetes					
Fiebre			EPOC					
Tos			Asma					
Cefalea			Inmunosupresión					
Disnea			Hipertensión					
Irritabilidad			VIH/SIDA					
Diarrea			Otra condición					
Dolor torácico			Enfermedad cardiovascular					
Escalofríos			Obesidad					
Odinofagia			Insuficiencia renal crónica					
Mialgias			Tabaquismo					
Artralgias			Otros					
Ataque al estado general			Especifique otros:					
Rinorrea								
Polipnea								
Vómito								
Dolor abdominal								
Conjuntivitis								
Cianosis								
Otro								
Diagnostico probable:	1=Enfermedad tipo influenza (ETI)				*ETI es considerada como Enfermedad Respiratoria Leve			
	2=Infección respiratoria aguda grave (IRAG)							

TRATAMIENTO

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antipireticos?

Si

No

¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antivirales?

Si

No

Si la respuesta fue afirmativa:

Seleccione el antiviral:

1=Amantadina

2=Rimantadina

3=Oseltamivir

4=Zanamivir

5=Otro, Especifique otro:

¿Cuándo se inicio el tratamiento con ese antiviral?

dd/mm/aaaa

En la unidad médica:

¿Se inicia tratamiento con antimicrobianos ?

Si

No

¿Se inicia tratamiento con antivirales?

Si

No

Seleccione el antiviral:

1=Amantadina

2=Rimantadina

3=Oseltamivir

4=Zanamivir

5=Otro, Especifique otro:

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

¿Tuvo contacto con otros casos con enfermedad respiratoria en las ultimas dos semanas?

Si

No

Durante las semanas previas al inicio de los síntomas tuvo contacto con:

Aves

Cerdos

Si

No

Otro animal

¿Realizó algún viaje 7 días antes del inicio de signos y síntomas?

Si

No

País:

Ciudad:

¿Recibió la vacuna contra influenza en último año?

Si

No

Fecha de vacunación:

dd/mm/aaaa

LABORATORIO

¿Se le tomó muestra al paciente?

Si

No

Laboratorio que procesará la muestra:

Tipo de muestra:

1=Exudado faríngeo

2=Exudado Nasofaríngeo

3=Lavado bronquial

4=Biopsia de pulmón

Fecha de toma de muestra:

dd/mm/aaaa

Resultado:

EVOLUCIÓN

Evolución:

1=Alta

2=En tratamiento/Referencia/Seguimiento domiciliario/Seguimiento terminado

3=Caso grave

4=Caso no grave

5=Defunción

Si el caso se da de alta:

Especifique la evolución:

1=Mejoría

2=Curación

3=Voluntaria

4=Traslado

¿El caso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad?

Si

No

¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad?

Si

No

¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonia durante la enfermedad?

Si

No

Fecha de egreso:

dd/mm/aaaa

Defunción:

Fecha de defunción:

dd/mm/aaaa

Folio de certificado de defunción

\*Defunción por influenza

Si

No

\*Anexar copia de certificado de defunción si cumple con definición operacional de defunción por influenza o defunción con influenza

Nombre y cargo de quien elaboró

Nombre y cargo de quien autorizó

Fecha de elaboración:

dd/mm/aaaa